

ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DEL SUFRIMIENTO

John Jairo, Maria Clara Vélez y Alicia Krikorian

Grupo de Dolor y Cuidados Paliativos. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Resumen

El dolor y su alivio no han sido excluidos de la visión cartesiana que considera mente y cuerpo como cuestiones separadas sin relación aparente. Este enfoque ha primado más de lo necesario en la práctica clínica, a pesar de la actual evidencia científica que muestra un panorama diferente: la definición de *dolor total* es más válida que nunca, dado que une las definiciones actuales de dolor y de neuromatriz nociceptiva, y hace posible el intercambio de los conceptos de dolor y sufrimiento, en la medida en que ambos estados son considerados respuestas a una amenaza. En el presente artículo se revisa la evidencia desde la Neurobiología, la Psicología y los aspectos socio-culturales frente a las discusiones actuales acerca del dolor y el sufrimiento, tanto en pacientes oncológicos como no oncológicos. En definitiva será necesario mantener un enfoque amplio de abordaje incluyendo los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales.

Palabras clave: Sufrimiento, dolor, cáncer, dolor no oncológico, neurobiología, psicología, socio-cultural.

Abstract

Pain and its treatment have not been excluded from the cartesian dualistic conceptualisation considering mind and body as separate entities without apparent relation in between. This model has been used more than needed by clinicians, even though empirical evidence supports a whole new vision: the "total pain" definition entails more value today than ever, given that joins together the concepts of pain and nociceptive neuromatrix and makes possible the interchange of pain and suffering, as they both are considered responses to threat. The present article reviews the current evidence derived from Neurobiology, Psychology and socio-cultural studies regarding controversies on pain and suffering, both in cancer and non-cancer patients. It concludes on the need to maintain a broad focus in pain management including biological, psychological, social, cultural and spiritual aspects.

Key words: Suffering, pain, cancer, non-cancer pain, neurobiology, psychology, socio-cultural.

Introducción

El dolor y su alivio, razón primordial del trabajo de los profesionales sanitarios, no han sido excluidos de la visión cartesiana que ha marcado tan profunda-

mente los enfoques en salud y que llevó a que se consideraran mente y cuerpo como cuestiones separadas sin relación aparente⁽¹⁾, de tal forma que aún se sigue considerando el dolor que expresa un paciente como una alarma frente a

Correspondencia:

Alicia Krikorian
Grupo de Dolor y Cuidados Paliativos. Universidad Pontificia Bolivariana
Calle 78 B # 72 a 109. Medellín. Colombia.
E-mail: aliciakriko@hotmail.com

un daño, sea una patología orgánica o un producto de la actividad mental: persiste la dualidad de su origen físico o mental, de una manera excluyente. Este enfoque ha primado más de lo necesario aún en la práctica clínica en nuestros días, a pesar de la evidencia científica, la cual muestra un panorama diferente que se describirá a continuación.

Neurobiología del dolor y el sufrimiento

Cuando se aborda la definición del dolor aceptada actualmente se logra comprender cómo la visión cartesiana ha quedado atrás. El dolor es definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) como: “una experiencia sensorial y emocional displacentera asociada a un daño tisular actual o potencial o descrito en esos términos”⁽²⁾. La palabra “experiencia” abarca la percepción y la conducta resultante de una noxa, por ende, la función mental del cerebro. La palabra “sensación”, a su vez, abarca los procesos neuronales fisiológicos que captan y transmiten la señal dolorosa a los centros cerebrales superiores. Esta definición permite una integración más clara de las actividades mentales superiores (percepción y conducta) con los procesos netamente físicos de identificar y transmitir una información, como son los neuronales. La definición confirma los hallazgos de que la mente y el cuerpo son una unidad con expresiones diferentes. De igual manera, permite entender que el dolor es la respuesta ante una amenaza, independiente de que sea ésta actual o potencial. El dolor es resultante de la unión de la mente con el soma ante la posibilidad de presentarse una amenaza a la integridad corporal. El hecho de que la mente y el cuerpo (soma) son una unidad en la percepción y respuesta del dolor, también es confirmado por las

ciencias neuroanatómicas. Ya desde los años 90 Melzack⁽³⁾, uno de los pioneros en la investigación en el campo del dolor, formuló la hipótesis de una neuromatriz que trabaja en diferentes niveles de la somatotopía del sistema nervioso central (SNC) para captar y responder a los estímulos nociceptivos. Esta hipótesis de la neuromatriz se ha visto confirmada por los hallazgos de neuroimagenología funcional modernos⁽⁴⁾. La neuromatriz es un conjunto de núcleos neuronales que funcionan bajo diferentes estructuras neuroanatómicas con un mismo objetivo: percibir el dolor. Está conformada por estructuras subcorticales como el tálamo y el hipotálamo; estructuras como la corteza anterior del cíngulo, la ínsula y la amígdala que modulan y generan reacciones afectivas; estructuras como la corteza pre-frontal lateral que genera y modula la función ejecutiva (cognitiva) y estructuras ya muy bien conocidas como las cortezas somato-sensoriales primarias y secundarias (S1-S2) que modulan funciones discriminativas. Cuando se comprende que la información nociceptiva (dolorosa) llega a estructuras en nuestro SNC que intervienen en el proceso cognitivo, afectivo y neuro-inmuno-endocrino del mismo, es fácil entender la definición del dolor desde un enfoque bio-psico-social y, por ende, la unión anatómica y funcional de la mente y el cuerpo.

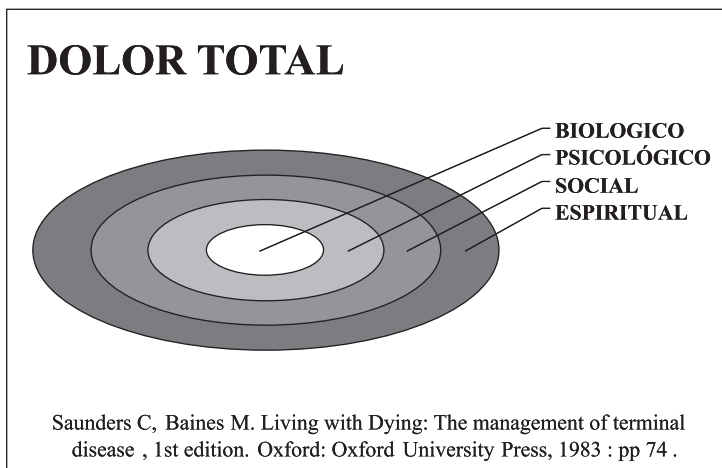
Estos hallazgos llevan a reafirmar que la definición de “dolor total”⁽⁵⁾ dada por Cecil Saunders desde los años 80, es más real y válida que nunca. Ella y su grupo de colaboradores mantuvieron un enfoque bio-psico-social y espiritual para abordar los pacientes que tenían dolor por enfermedades oncológicas. Llamaron al “Dolor total” (Ver Figura 1) la unión de los componentes físicos (biológicos), psicológicos (mentales), sociales y familiares y, por último, espiri-

tuales (refiriéndose a la idea de trascendencia que cada ser humano tiene). Ese concepto de “dolor total” se ha aplicado con mayor frecuencia en el campo de los cuidados paliativos, específicamente al oncológico, dado que es donde más se ha relacionado sufrimiento con dolor. Como se podrá entender, este concepto de “dolor total” une las definiciones actuales de dolor y de neuromatriz nociceptiva, además de hacer posible el intercambio de los conceptos de dolor y sufrimiento, en la medida en que ambos estados son considerados una respuesta a una amenaza, como se verá más adelante⁽⁶⁾.

con su definición, el sufrimiento requiere de unos atributos propios al ser humano como son:

- Conciencia de sí mismo: es decir, una percepción de la totalidad del sí mismo como ser y de los estímulos que le afectan.
- Sentido de futuro y de pasado: en tanto que el sufrimiento afecta a quien uno es en el presente, respecto a lo que era en el pasado o respecto a lo que será en el futuro.
- Identidad personal: dado que el sufrimiento afecta la continuidad

Figura 1. **Concepto de Dolor Total.**



El sufrimiento y su contexto psicológico

Quizás ha sido Cassell quien ha contribuido más al estudio científico del sufrimiento, haciendo especial énfasis primero, en su reconocimiento en la práctica clínica⁽⁶⁾ y después, en su definición y conceptualización. Este autor define el sufrimiento como un “malestar generado por la amenaza inminente, percibida o actual, a la integridad o la continuidad existencial de la persona”⁽⁷⁾. De acuerdo

existencial, es necesario un reconocimiento de quien se es, es decir, una identidad conformada.

- Y finalmente, una preocupación por la conservación de dicha identidad

En este sentido, el sufrimiento es personal en tanto que abarca la totalidad de la persona y las esferas que lo conforman, e individual en tanto afecta al individuo como ser único en el mun-

do, dueño de una identidad y un sentido de vida que le son propios.

Más adelante, Chapman y Gravin⁽⁸⁾ retoman lo desarrollado por Cassell y amplían la definición del sufrimiento considerándolo “un estado afectivo, cognitivo y negativo, que se acompaña de una sensación de amenaza a la integridad, de un sentimiento de impotencia y del agotamiento de recursos para afrontar dicha amenaza”. Por ello, el sufrimiento en tanto un daño percibido a la integridad del sí mismo, implica un constructo psicológico que representa el sentido subjetivo de identidad y es por ello que la vulnerabilidad al sufrimiento depende de quien uno es y qué hace en la sociedad. Los autores hacen un esfuerzo por esclarecer el concepto de sí mismo o *self* y especifican las dimensiones que lo conforman:

- *Self* neurológico: Caracterizado por la representación mental del cuerpo o soma que tiene cada individuo y que es o podría ser amenazado por múltiples eventos incluyendo la enfermedad, el dolor o la muerte.
- *Self* como agente: El individuo como un agente orientado al logro que interactúa con el mundo y el medio social. Incluye los aspectos vocacionales, laborales, socio-familiares y culturales, así como la consecución de las metas vitales o cotidianas más o menos explícitas.
- *Self* cognitivo: Referido a la auto definición, a la conciencia de sí mismo. Incluiría la información contenida en auto-esquemas como el auto-concepto, la auto-imagen, la auto-estima y quizás a aspectos más amplios como la filosofía de vida, el sentido de la propia existencia y la trascendencia.

- *Self* dinámico: Referido a las transformaciones lo largo del tiempo que ocurren de manera natural (por ejemplo, el paso por las etapas vitales de la existencia) o bajo la influencia de eventos inesperados.

Sin embargo, un interrogante que surge es respecto cómo diferenciar entre los conceptos de sufrimiento y dolor dadas sus similitudes, en cuanto constituyen amenazas a la integridad del ser. A continuación se ampliarán asuntos relativos a esta cuestión.

Sufrimiento y dolor

Los últimos estudios en las neurociencias sociales han demostrado que la neuromatriz nociceptiva (del dolor) se activa también cuando las personas experimentan los llamados dolor emocional y dolor social, que aparecen cuando las personas viven situaciones de rechazo o exclusión social⁽⁹⁾. Este asunto se hace interesante dado que la corteza del cíngulo es la zona neuronal más activa en las situaciones descritas, al igual que en la experiencia dolorosa. Más aún, la conclusión puede ser más impactante cuando los estudios muestran que el mamífero siente dolor físico cuando tiene experiencias de exclusión social o pérdida del objeto amado⁽¹⁰⁾.

En resumen, el cerebro activa la mismas zonas ante un dolor nociceptivo (físico) y un dolor emocional. Por lo menos se puede inferir que el sufrimiento producto de un dolor físico y el sufrimiento generado por un dolor emocional o social son percibidos y modulado en las mismas zonas. Estas investigaciones plantean un nuevo paradigma a esclarecer: para el cerebro, el sufrimiento y el dolor son expresiones de la actividad de las mismas áreas topográficas, lo que

podría indicar que son matices diferentes de una misma respuesta.

Si bien, desde la neurobiología parece claro que los conceptos de dolor y sufrimiento son intercambiables dada su afinidad en cuanto respuestas humanas ante la amenaza y a las respuestas neuronales frente al daño (sea este real o imaginario), desde la Psicología dichos conceptos no son considerados intercambiables.

Como bien lo especifican Chapman y Gravin, el sufrimiento, como amenaza a la integridad del sí mismo, comprende una disparidad entre lo que uno espera de sí mismo y lo que uno hace o es⁽⁸⁾. Si bien el dolor se asocia a la amenaza a la integridad física, el grado de dicha amenaza o el daño percibido a la integridad dependerá en gran medida de la interpretación que cada individuo haga de su experiencia de dolor.

A modo de ejemplo, el dolor crónico genera limitaciones en el desempeño personal, dependiendo de la severidad de la enfermedad que lo genere, del sitio anatómico de la lesión, pero también de las actividades diarias de la persona que lo padezca y de sus estrategias para afrontarlo. Los autores antes mencionados consideran que es la discrepancia entre las expectativas personales y el desempeño real lo que genera una amenaza al sí mismo y la intensidad del sufrimiento. Mientras mayor sea dicha discrepancia, mayor será el sufrimiento que enfrente el individuo. Cuando la persona logra disminuir esa distancia entre las expectativas y el desempeño (ya sea generando alternativas de manejo y alivio del dolor o transformando sus metas personales), menor será su sufrimiento.

Puesto en un contexto más amplio, se puede decir entonces que el sufrimiento aparece ante algo que es percibido por el individuo como una ame-

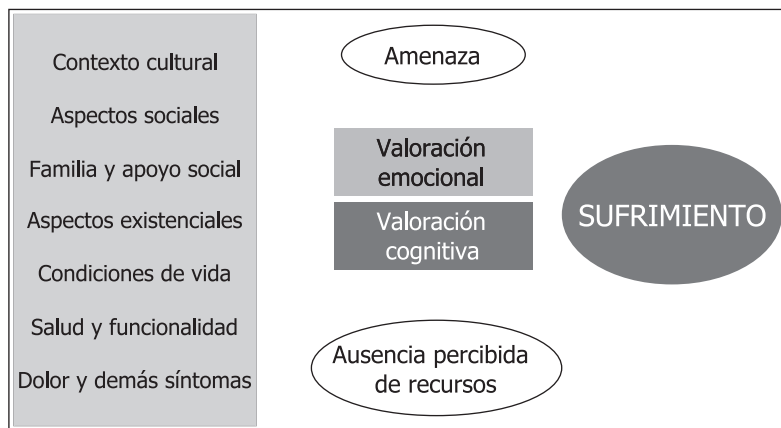
naza —en este caso el dolor producido por una enfermedad médica— y que será la valoración cognitiva y emocional que haga de dicha amenaza, en conjunto con la ausencia percibida de recursos para afrontarla, lo que indique el grado del sufrimiento. No deberemos olvidarnos, sin embargo, que este proceso aparece inmerso en un conjunto de circunstancias e influencias (como el contexto cultural, el grado de apoyo social, las condiciones de vida de ese momento, la funcionalidad previa, entre otras) que irán modulando momento a momento la percepción de la amenaza y de los recursos, tal como aparece expresado en la Figura 2. De ahí a complejidad y el dinamismo que adquiere el sufrimiento humano.

Sufrimiento social

Como se mencionó antes, todos los seres humanos pertenecen a un contexto social, a un entorno que se construye en relación con otras personas y en dicha interacción cada individuo aporta con su comportamiento al *modus vivendi* que caracteriza una sociedad específica. Por ello, para comprender la relación existente entre el contexto social y el sufrimiento, se debe recurrir en primera instancia a la definición de cultura.

Maria Die Trill la define como “los patrones aprendidos de comportamiento, creencias y valores compartidos por un grupo social, que proporciona a las personas una identidad y un marco de referencia”⁽¹¹⁾. De manera que las creencias que cada persona tiene sobre sufrimiento y dolor, por ejemplo, vienen influenciados a su vez por las creencias, costumbres, hábitos y valores de su cultura.

Sufrimiento y dolor, desde el punto de vista cultural, parecieran tener una línea que las separa y que las diferen-

Figura 2. **El sufrimiento en contexto.**

cia. Sin embargo, Lee Breton, citado por Thumala⁽¹²⁾, señala que el sufrimiento “es una experiencia subjetiva de un evento que es percibido como doloroso, vivencia que se configura dentro de un contexto social y cultural”, es decir, son expresiones de un mismo significado. Ejemplo de ello es la tendencia a percibir como “dolorosos” aquellos eventos donde se siente sufrimiento como son: la muerte, la enfermedad, la violencia juvenil, la violencia intrafamiliar, el desempleo, la desnutrición, el secuestro, el desplazamiento forzado, entre otros. Este “sufrimiento social” trasciende el género, el estrato social, la edad y hasta el parentesco, y se presenta cuando los miembros de un grupo, sector o clase de una sociedad coinciden en percibir como problemática o “dolorosa” la situación que atraviesan, donde la integridad de su entorno se ve afectada y amenazada y, por ende, su calidad de vida.

Ahora bien; ¿qué sucede cuando el dolor físico es la enfermedad en sí misma? ¿De qué manera se relaciona con el contexto socio-cultural? Cada cultura construye formas en que las personas se cuidan a sí mismas y a los demás, per-

ciben los tratamientos a los que acuden, le otorgan significado a dicha experiencia, por ello es imposible prescindir de variables socio-culturales como: a) el género, b) la religión y espiritualidad, c) la raza y etnia⁽¹³⁾ y d) la relación médico-paciente.

De otro lado, el contexto sociocultural de una persona con dolor puede aportar también dificultades o sufrimiento social, favoreciendo el aumento del dolor o reforzando la conducta dolorosa. Ser mujer, por ejemplo, puede convertirse en algunas culturas en un problema para acceder a los servicios sanitarios y, con ello, empeorar el pronóstico de una enfermedad; creencias religiosas basadas en el fortalecimiento interior pueden ser útiles en la construcción de estrategias de afrontamiento para la disminución del dolor; hacer parte de una familia que ha construido relaciones violentas puede incrementar el dolor cada vez que se teme, por ejemplo, la llegada de un esposo maltratador. De hecho, la familia cumple un papel fundamental cuando se profundiza el tema del aumento del dolor y del reforzamiento de la conducta dolorosa. Para las familias, igual que para la sociedad,

dolor y sufrimiento son caras de la misma moneda. La frase "dolor en el alma" es usada con frecuencia por familiares de los pacientes para describir su sufrimiento cuando, a modo de ejemplo, atraviesan el proceso de agonía de su ser querido o el acompañamiento a una persona con un dolor incurable.

El sufrimiento familiar se presenta cuando los miembros de la familia coinciden en percibir como problemática y dolorosa una situación que enfrentan en sus vidas y que supera los recursos y las capacidades percibidas por ellos para afrontarla⁽¹⁴⁾. Sin embargo, aunque las familias se alteran en sus relaciones con la experiencia de la enfermedad, sigue siendo el principal soporte de cuidado por excelencia. Hay una tendencia clara, por lo menos en Latinoamérica, a que dicho cuidado se organice o se estructure a través de un cuidador principal. Este es definido por Barrera⁽¹⁵⁾ como la persona con vínculo de parentesco o cercanía que asume las responsabilidades del cuidado de un ser querido que vive en situación de enfermedad crónica no neoplásica o neoplásica discapacitante.

Destacar el rol del cuidador tiene como intención evidenciar que la situación de sufrimiento social y familiar frecuentemente se extiende desde el cuidador principal y el paciente, hasta la familia y la sociedad. Un cuidador sufre cuando la experiencia amenaza su integridad, altera su esfera emocional y afectiva, mantiene una sensación de impotencia y tiene la percepción de que los recursos de su entorno y sus capacidades son insuficientes para afrontar el cuidado de su ser querido⁽¹⁶⁾.

Sin embargo, no todos los cuidadores viven esta experiencia como sufrimiento, al contrario, algunos lo asumen con gran capacidad para superar la adversidad y con una actitud de resiliencia.

El sufrimiento más allá de la enfermedad oncológica. ¿Existen diferencias entre el dolor oncológico y no oncológico?

Se ha considerado que el dolor resultante de una enfermedad oncológica (DO) tiene características que lo hacen diferente del dolor crónico no oncológico (DNO). En ese sentido, el DO se considera derivado de una enfermedad "real" con una patología orgánica demostrable y por tanto, su origen es atribuido a causas somatogénicas principalmente. Por tanto, el manejo que se hace del mismo es a partir de técnicas médicas, farmacológicas e incluso quirúrgicas. Por el contrario, el DNO se origina a partir de mecanismos fisiopatológicos en gran parte desconocidos o poco claros en la actualidad y se encuentra muy asociado a factores psico-sociales, lo que hace que en muchos casos le sean atribuidas causas psicogénicas. Su manejo se hace a partir de estrategias multimodales integrando técnicas médicas, psicológicas, psiquiátricas, de terapia física, entre otras. Sin embargo, la evidencia empírica que se mostrará a continuación, indica con claridad que los factores psico-sociales tienen un rol importante en la modulación del dolor en ambos grupos.

La pregunta que surge entonces es, si existe una diferencia entre estos dos tipos de dolor, ¿cuál es la naturaleza de la misma?

Podría pensarse que dicha diferencia parte de la patología de base, de cómo el individuo percibe su enfermedad o de las estrategias de afrontamiento utilizadas en cada caso. Y en cualquier caso, la pregunta que surge a continuación es si la diferencia se origina en la enfermedad o en el individuo. Quizás la respuesta más acertada sea que las diferencias encontradas en la experiencia del dolor surjan de la interacción enfer-

medad – individuo. A modo de ejemplo, se considera que ciertas patologías (como las metástasis óseas o los dolores neuropáticos) suelen producir dolor intenso y son de difícil manejo, pero su diagnóstico no necesariamente predice el nivel de dolor que cada individuo experimentará o informará. Por otra parte, se considera que los factores psico-sociales son predictores del dolor crónico, especialmente en la lumbalgia⁽¹⁷⁾, pero no se puede afirmar que la ocurrencia de los indicadores psico-sociales en un individuo en particular llevará siempre a la cronificación del dolor.

En un estudio llevado a cabo por Turk et al⁽¹⁸⁾, se compararon tres grupos de pacientes: a) con dolor por cáncer metastásico, b) con dolor por cáncer no metastásico y c) con dolor no oncológico. Los resultados indicaron que, aunque los individuos de los tres grupos informaron niveles comparables de dolor, los pacientes con cáncer metastásico presentaron una menor adaptación al mismo, mayor discapacidad percibida, menores niveles de actividad, a la vez que más apoyo social; los pacientes de los grupos b) y c) presentaron características muy similares. Los autores concluyen lo siguiente: “contrario a lo que sugieren algunos autores, pacientes con dolor oncológico y no oncológico tienen muchas características en común...”.

Más adelante, Turk y Okifuji llevaron a cabo otro estudio comparativo, esta vez con el objetivo de examinar la contribución del género a las diferencias entre dolor oncológico y no oncológico. Una vez más, no encontraron diferencias significativas y concluyeron que los perfiles de adaptación (factores psico-sociales) eran mejores predictores de dolor, depresión y discapacidad que el género⁽¹⁹⁾. Otros estudios han demostrado que factores como la auto-eficacia y las estrategias de afrontamiento⁽²⁰⁾ y la

depresión⁽²¹⁾ tienen mayor relación con el dolor y la interferencia que este genera, que la naturaleza misma del dolor.

Con el interés de conocer las diferencias en el nivel de dolor, sufrimiento, tristeza y ansiedad manifestado por pacientes con DO y DNO, nuestro grupo llevó a cabo un estudio comparativo (datos aún no publicados) encontrando que los pacientes con DNO manifestaban niveles significativamente mayores de dolor y sufrimiento que los oncológicos, lo cual apunta a la necesidad de identificar los factores psico-sociales y contextuales que en cada población pueden influir sobre la experiencia de sufrimiento frente al dolor.

A continuación se especifican algunas diferencias y similitudes desde el ámbito social y cultural, especialmente con relación al significado de la enfermedad, a la transmisión de la información, al rol de la familia, a los cuidadores y al soporte social.

1. Significado de la enfermedad: desde el punto de vista cultural, existen diferencias entre tener un DO y un DNO. El DO se origina por el cáncer, enfermedad temida en general por todas las culturas, dada su asociación con la muerte y el sufrimiento. El DNO, aunque se presenta por enfermedades diferentes al cáncer (artritis, neuralgia, causalgia, fibromialgia, entre otras), con mucha frecuencia favorece la incertidumbre, se asocia con el sufrimiento, la limitación física y la discapacidad.
2. Transmisión de la información: Este aspecto se refiere a las diferencias que existen para dar información al paciente y su familia sobre el diagnóstico y pronóstico en DO y DNO. En el primero, se encuentran divergencias, pues para

- unas culturas aunque se reconoce que es difícil dar una “mala noticia” es ético y además necesario hacerlo. Para otras, dar a conocer el diagnóstico de cáncer es considerado una práctica cruel favoreciendo la aparición de la conspiración del silencio. En cuanto al DNO, transmitir la noticia de un diagnóstico que no tiene relación directa con la muerte, de acuerdo con las creencias sociales, no presenta mayor dificultad. Sin embargo, informar sobre un pronóstico “negativo” en términos de que se deberá asumir una discapacidad, limitación e incurabilidad, es también considerada una tarea difícil⁽²²⁾.
3. Rol de la familia: Se quiere en este punto especificar algunas diferencias que se evidencian en la dinámica interna y que tienen una relación bidireccional con la cultura. En el DO con mayor frecuencia se altera la comunicación y se presenta dificultad para la expresión mutua de las emociones, especialmente cuando se cree que expresar lo que se siente al paciente no le hace bien. En esta misma línea, la familia tiende a conspirar el secreto del diagnóstico con la intención de protegerlo del sufrimiento y de la depresión. Se describe en la literatura que en la fase de agonía, la familia entra en una etapa de agotamiento y claudicación, a tal punto que la muerte es sentida como un alivio⁽²³⁾. En las familias de pacientes con DNO la tendencia es a comunicar ampliamente y sin restricciones el diagnóstico y tratamiento, excepto aquellas ocasiones en que las malas noticias están relacionadas con un pronóstico complejo. Sin embargo, el cuidado del enfermo puede llevar a un mayor agotamiento y claudicación familiar dado que la tarea básica de estas familias es aprender a vivir con alguien que tiene dolor y no morirá a causa del mismo. Por lo tanto la muerte no puede considerarse como un alivio próximo.
 4. Cuidadores primarios: En el DO la alteración emocional del cuidador depende con frecuencia del estado emocional del paciente⁽²⁴⁾. En la fase terminal se ha encontrado que con mayor frecuencia los cuidadores con *burnout* están deprimidos, ansiosos y enfermos físicamente⁽²⁵⁾. En DNO sorprende la escasa investigación que evidencie *burnout* en cuidadores primarios, aunque se sospeche su alta ocurrencia.
 5. Soporte Social: En cuanto al soporte social existe la creencia socio-cultural de que la persona que tiene cáncer va a morir, por lo tanto sufre más y en razón de ello, es prioritario ayudarlo. Así, el sistema de salud, los profesionales, las ayudas económicas ofrecidas por instituciones, las familias y la comunidad en general tienen a los pacientes con DO como prioridad en lo que compete a sus responsabilidades. En cuanto al DNO, existe la creencia socio-cultural de que dado que no van a morir de su enfermedad (sumado a que en la mayoría de los casos es difícil determinar la organicidad) su sufrimiento es menor. En consecuencia, no son prioridad en la toma de decisiones políticas, económicas, profesionales, ni familiares, llegando en ocasiones a ser considerados un desgaste para el sistema o para el clínico.

Se remite al lector a la revisión llevada a cabo por Fordyce acerca de las diferencias y similitudes entre pacientes con dolor de origen oncológico y no oncológico. En ella, el autor detalla la participación de los factores psico-sociales en estos grupos de pacientes, especialmente en los pacientes con cáncer, y hace énfasis en la necesidad de hacer un abordaje bio-psico-social que facilite un manejo más efectivo⁽²⁶⁾.

CONCLUSIÓN

En resumen, se puede decir que sufrimiento y dolor, independientemente de sus semejanzas o divergencias, son respuestas a amenazas tanto internas como externas; y, en el caso de enfermedades médicas, es necesario tener claro que siempre la noxa será de menor importancia que el sufrimiento y la conducta dolorosa de la persona.

En definitiva será necesario mantener un enfoque amplio de abordaje (tanto en la evaluación como en la intervención clínica), incluyendo los aspectos médico-biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales, dado que existe suficiente evidencia empírica que justifique la interrelación entre estos aspectos y, por tanto, su influencia en las experiencias de dolor y sufrimiento tanto en pacientes oncológicos como no oncológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonica J, Loesser J. History of pain, concepts and therapies. En Loesser JD, editor. *Bonica's management of pain*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
2. Merskey H, Bugduk N. *Classification of chronic pain*, 2ed. Seattle: IASP press; 1994.
3. Melzack R. Phantom limbs and the concept of a neuromatrix. *Trends Neurosci* 1990;13:88-92.
4. Apkarian AV, Busnell MC, Treede RD, Zubieta JK. Human Brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *Eur J Pain* 2005;9:463-84.
5. Saunders C, Baines M. *Living with dying: The management of terminal disease*. 1st edition. Oxford: Oxford University Press, 1983: p. 74.
6. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med* 1982; 306:639-45.
7. Cassell EJ. Recognizing suffering. *Hastings Cent Rep* 1999;21:24.
8. Chapman CR, Gavrin J. Suffering: the contributions of persistent pain. *Lancet* 1999;353:2233-7.
9. Eisenberger NI, Lieberman MD. Why rejection hurts: a common neural alarm system for physical and social pain. *Trends Cogn Sci* 2004;8:445-6.
10. Raij TT, Numminen J, Näränen S, Hiltunen J, Hari R. Brain correlates of subjective reality of physically and psychologically induced pain. *Proc Natl Acad Sci USA* 2005;102:2147-51.
11. Die Trill M. Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Psicooncología* 2000(1):39-48.
12. Thumala D. Modernidad y Sufrimiento: algunos elementos para la comprensión de la significación cultural del sufrimiento. *Rev Med* 2002:8.
13. Edwards C.E, Filligim RB, Keefe F. Race, ethnicity and pain. *Pain* 2001;94:133-7.
14. Hernández CA. *Psicoterapia sistémica breve. La construcción del cambio con individuos, parejas y familias*. Bogotá: El Buho; 2004, p. 99.
15. Barrera L, Blanco L, Figueroa P, Pinto N, Sánchez B. Habilidad de cuidadores con enfermedad crónica. *Mirada internacional*. *Rev Aquichan* 2006;6:22-33.
16. Izal M, Montorio I, Márquez M, Losada A y Alonso M. Identificación de las necesidades de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Interven Psicosocial* 2001;10:23-40.

17. Innes SI. Psychosocial factors and their role in chronic pain: A brief review of development and current status. *Chiro-pOsteop* 2005;13:6.
18. Turk DC, Sist TC, Okifuji A, Miner MF, Florio G, Harrison P et al. Adaptation to metastatic cancer pain, regional/local cancer pain and non-cancer pain: role of psychological and behavioural factors. *Pain* 1998;74:247-56.
19. Turk DC, Okifuji A. Does sex make a difference in the prescription of treatments and the adaptation to chronic pain by cancer and non-cancer patients? *Pain* 1999; 82:139-48.
20. Sist TC, Florio GA, Miner MF, Lema MJ, Zevon MA. The relationship between depression and pain language in cancer and chronic non-cancer pain patients. *J Pain Symptom Manage* 1998;15:350-8.
21. Lin CC. Comparison of the effects of perceived self-efficacy on coping with chronic cancer pain and coping with chronic low back pain. *Clin J Pain* 1998;14:303-10.
22. Baile WF, Lenzi R, Parker PA, Buckman R, Cohen L. Oncologist's attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *J Clin Oncol* 2002 15; 20:2189-96.
23. Muñoz F, Espinoza JM, Portillo J, Rodríguez G. La familia en la enfermedad terminal (II). *Med Familia* 2002; 4:264-8.
24. Rodríguez VB, Ortíz VA, Palao TA, Avedillo C, Sánchez-C A, Chinchilla C. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y sus cuidadores. *Eur J Psychiat* 2002; 16:27-38.
25. Grov EK, Fossa SD, Sorebo O, Dahl AA. Primary caregivers of cancer patients phase: a path analysis of variables influencing their burden. *Soc Scie Med* 2006; 63:2429-39.
26. Fordyce W. Pain in cancer and chronic non-cancer conditions: similarities and differences. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001;45:1086-9.

